

Q37

COL·LEGIS
DE METGES
CONESELL DE
CATALUNYA

Cuadernos de la Buena Praxis
noviembre de 2021

TELEMEDICINA

Cómo y cuándo utilizarla en la práctica
asistencial



Cuadernos de la Buena Praxis

Q37

Expertos redactores de este cuaderno:

Coordinadores:

Gustavo Tolchinsky. Secretario de la Junta de Gobierno del CoMB

Mercedes Martínez. Abogada de la Asesoría Jurídica del CoMB

Equipo redactor:

Josep Arimany. Director del Área de Praxis del CoMB. Director de la Cátedra de Responsabilidad Profesional Médica y Medicina Legal UAB

Montserrat Esquerda. Presidenta de la Comisión de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Directora del Instituto Borja de Bioética URL

Francesc García Cuyàs. Adjunto a la Dirección Médica y Director de Transformación Digital. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Bernat Goula. Abogado de la Asesoría Jurídica del CoMB

Mercedes Martínez. Abogada de la Asesoría Jurídica del CoMB

César Morcillo. Medicina Interna Hospital Cima. Director médico del Hospital Digital Sanitas

Ignasi Pidevall. Director de la Asesoría Jurídica del CoMB

Cristina Redondo. Abogada de la Asesoría Jurídica del CoMB

Mireia Sans. Directora asistencial CAP Comte Borrell, CAPSBE. Profesora del máster de Gestión UIC. Presidenta sección Médicos e-Salud del CoMB

Òscar Solans. Responsable funcional e-Salud. Área de Sistemas de Información del CatSalut. Coordinación General de las TIC del Departament de Salut

Marc Soler. Director general corporativo del CoMB

Josep Terés. Presidente de la Comisión de Deontología del CoMB

Gustavo Tolchinsky. Medicina Interna Hospital Municipal de Badalona. Secretario del CoMB

Josep Vidal-Alaball. Coordinador Unidad de Investigación e Innovación Cataluña Central. Gerencia Territorial Cataluña Central. ICS

Coordinación técnica:

Marta Ciércoles. Responsable de Prensa y Medios Externos del CoMB

Anna Mitjans. Responsable de Proyectos Corporativos del CoMB

Comité editorial de los Cuadernos de la Buena Praxis:

Jaume Padrós. Presidente de la Junta de Gobierno del CoMB

Gustavo Tolchinsky. Secretario de la Junta de Gobierno del CoMB

Antoni Trilla. Vocal de la Junta de Gobierno del CoMB

Magda Campins. Miembro de la Comisión de Deontología del CoMB

Edita:

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Diseño gráfico:

Ortega i Palau, SL. www.ortegapalau.com

Cuadernos de la Buena Praxis es una publicación periódica del CoMB, editada desde 1991 y caracterizada por ser:

- Una acción de formación médica continuada que promueve el desarrollo profesional de los médicos en beneficio de los ciudadanos.
 - Una guía de práctica clínica que fomenta la buena praxis y la prevención de riesgos profesionales.
 - Una herramienta del ámbito medicolegal que protege tanto al ciudadano como al profesional de la medicina.
-

Índice

	Presentación	5
1.	Concepto y tipos de telemedicina	8
2.	La relación médico-paciente y la calidad del acto médico en telemedicina	9
3.	La visita médica a distancia	13
4.	Cómo afrontar la visita médica a distancia	16
5.	La prestación de servicios sanitarios a distancia	18
6.	Requerimientos técnicos, de seguridad y de protección de datos	19
7.	Responsabilidad civil profesional	19
8.	La experiencia del sistema público de salud de Cataluña	20
9.	Implementación de la salud digital en la consulta privada	22
10.	Conclusiones	26
	Anexo	28
	Bibliografía	34

Presentación

El ejercicio de la medicina conlleva constantes retos, tanto en lo referente al conocimiento científico como al razonamiento clínico, en la relación con los pacien-

tes y la sociedad y en la constante transformación tecnológica. El equilibrio de todos estos factores supone una necesidad de adaptación continua que, en los últimos años, se ha acelerado. La relación entre el profesional médico y el paciente está basada en la confianza y la confidencialidad. La anamnesis y la exploración física representan las bases para una buena praxis médica y a partir de ellas se elaboran sospechas diagnósticas y se planifica el resto de la asistencia y la relación con los pacientes. El marco de la relación entre los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario en general es muy variado y los objetivos de esta interacción (acto médico) lo son también en cada momento del proceso asistencial.

Hasta hace unos años, esta diversidad no tenía muchas maneras de ser abordada, pero el salto tecnológico de las últimas décadas ha permitido introducir canales de comunicación que enriquecen las opciones y los instrumentos en la relación médico-paciente.

El nacimiento de la telemedicina se asocia generalmente a la expansión de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Sin embargo, sus orígenes pueden situarse en la invención del teléfono de Alexander Graham Bell, en el año 1875. De hecho, *The Lancet* publicaba, en 1879, un artículo que exponía la pertinencia de utilizar las llamadas telefónicas para reducir las visitas que no fuesen necesarias y, ese mismo año, un médico anónimo empleó el teléfono para escuchar una tos y tranquilizar a una madre convencida de que su hijo tenía tos ferina.

La telemedicina en la época anterior a la COVID-19 ya constituía una herramienta útil en la práctica asistencial, aunque la gestión del cambio, las exigencias normativas y las necesidades tecnológicas hacían avanzar de manera lenta su implementación. La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha incrementado el uso de las TIC en el ámbito asistencial, en este caso para evitar aglomeraciones en las salas de espera de los centros sanitarios y contagios en pacientes vulnerables. La telemedicina ha demostrado ser un buen instrumento y un mecanismo que ha permitido el seguimiento de pacientes y procesos asistenciales y, al mismo tiempo, ha sido bien aceptada por los profesionales sanitarios, las organizaciones sanitarias y los pacientes.

El estudio sobre el impacto de la COVID-19 en la salud de los médicos revela que, mientras que antes de la pandemia solo el 8% de los médicos afirmaban que prestaban bastante o mucha atención por vía telemática, durante los meses de marzo a mayo de 2020 (primera ola de la pandemia) esta cifra fue del 65%. Durante los meses de julio y agosto, el 51% aún prestaban bastante o mucha atención sanitaria de manera no presencial, el 34% creían que aumentaría este tipo de atención y el 41%, que se mantendría.

Del mismo modo, varios estudios han puesto de manifiesto la satisfacción de los pacientes con las herramientas de teleconsulta, destacando que

La telemedicina ha sido útil y muy bien aceptada por los profesionales y los pacientes durante la crisis de la COVID-19

facilitan la comunicación. Tienen la percepción de que han sido escuchados activamente, de que han podido expresar sus dudas o de que han gozado de tiempo suficiente, seguramente de un modo similar a como se valora la comunicación en el entorno presencial.

Pero, más allá de que se pueda considerar un medio de gran utilidad en situaciones excepcionales, es necesario plantearse su utilización en el día a día de los procesos asistenciales, no únicamente en la excepcionalidad de una pandemia.

A veces, las herramientas de comunicación a distancia pueden ser la única opción, pero, en otras ocasiones, la simple existencia de las TIC no justifica su utilización.

Sin embargo, los pacientes y los familiares tampoco son ajenos a los avances tecnológicos y la penetración de estos en las relaciones personales y con otras organizaciones conlleva expectativas de cambio.

La simple existencia de herramientas de comunicación a distancia no justifica su uso

No obstante, la incorporación de estos canales deberá ser valorada con cuidado teniendo en cuenta también las capacidades individuales, las condiciones de acceso a la tecnología y las competencias de los enfermos para el autocuidado. A pesar de ello, a menudo desde la profesión se ha infravalorado la capacidad de determinados colectivos de pacientes para incorporar cambios, lo que puede comportar una pérdida de oportunidades para pacientes y profesionales.

Sea como fuere, la atención no presencial durante la crisis sanitaria ha evidenciado sus bondades y un impacto positivo en organizaciones, profesionales, pacientes e, incluso, en el medio ambiente, así como ha mostrado sus limitaciones y los aspectos a mejorar.

En este contexto, las organizaciones sanitarias, tanto en el sector público como en el privado, deberán plantear estrategias de consolidación de la aplicación de la telemedicina que sean ágiles y que permitan definir las nuevas estructuras de las agendas; identificar las prestaciones que se pueden ofrecer mediante este modelo de atención y priorizar su implantación; adaptar los espacios para prestar una atención de calidad; identificar las herramientas tecnológicas que aporten seguridad, usabilidad y confianza; y, por último, diseñar un modelo de gestión del cambio que incorpore la formación de los profesionales en este nuevo modelo de atención. Esta actividad deberá ser reconocida por las organizaciones como una actividad realizada por los profesionales, con las consiguientes implicaciones económicas y presupuestarias.

En el ámbito clínico, es necesario conocer en qué casos las visitas a distancia aportan valor y en cuáles no o incluso cuándo pueden implicar un riesgo inaceptable si existen alternativas. Por lo tanto, en cada ámbito es importante identificar en qué momentos del proceso asistencial y para qué objetivos clínicos es indispensable la presencia física y en cuáles esta no supone una ventaja para los pacientes, así como las situaciones en las que la opción de la visita a distancia aporta beneficios tanto a los pacientes como al sistema. También deberá valorarse la telemedicina como una herramienta útil para la confección de grupos preventivos o terapéuticos cuando sea conveniente.

Por otra parte, el profesional debe identificar, para cada uno de los procesos clínicos, qué canales telemáticos son adecuados y suficientes para el acto que se pretende llevar a cabo, en función tanto de lo clínicamente necesario como de lo tecnológicamente posible.

Las herramientas de comunicación telemática, para ser utilizadas en el ámbito sanitario con fines asistenciales, deben cumplir unos requisitos técnicos específicos que garanticen no solo la calidad de la comunicación, sino también el cumplimiento de los aspectos legales de confidencialidad e inviolabilidad. Por lo tanto, no toda herramienta tecnológica es válida por el mero hecho de estar disponible en el mercado.

La telemedicina en el Estado español no cuenta con una regulación legal específica, como sí sucede en otros países de nuestro entorno como Francia, Suecia, Alemania o Suiza. De momento, no parece que esta regulación sea necesaria o, en todo caso, imprescindible, ya que en nuestro ordenamiento jurídico y en el marco europeo encontramos normas que resultan de aplicación y que deben observarse de idéntica forma en el acto presencial y en el acto a distancia. Dinamarca o Israel, pioneras en la aplicación de la telemedicina, tampoco cuentan con una regulación legal específica sobre el tema.

Todo ello conlleva la necesidad de crear nuevo conocimiento que genere guías de actuación y protocolos que ayuden a que los profesionales conozcan los escenarios donde actúan. Estos protocolos y guías de actuación deben provenir de los profesionales sanitarios y de sus entidades representativas, con el consenso, en todo caso, de las entidades sanitarias públicas y privadas, para ordenar la atención asistencial no presencial de acuerdo con criterios legales, profesionales, éticos, científicos y tecnológicos.

Este *Cuaderno de Buena Praxis* pretende recoger los aspectos fundamentales de este modelo de atención asistencial para orientar a los profesionales y a las organizaciones en su incorporación de manera prudente y segura, en un momento en el que, tanto a nivel público como privado, se está aplicando de manera creciente.

1.

Concepto y tipos de telemedicina

La telemedicina consiste en la prestación a distancia de servicios sanitarios asistenciales a través de sistemas y tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

El uso de estas tecnologías puede darse en la relación médico-paciente y es también extensible a la relación entre profesionales sanitarios en el marco de la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo; por ejemplo, para consultar criterios diagnósticos o para establecer una comunicación que, al fin y al cabo, coadyuve en la salud de los pacientes.

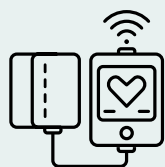
Telemedicina síncrona, asíncrona y monitorización remota



Telemedicina síncrona. La información se transmite en tiempo real (teléfono y videoconferencia) y se produce cuando el profesional y el paciente están disponibles en el mismo momento, con la ventaja de ahorrar tiempo y desplazamientos, dada la oportunidad de proporcionar una interacción directa, que requiere una tecnología específica.



Telemedicina asíncrona. La información se transmite en tiempo no real (correo electrónico, chats, intercambios de imágenes o de datos clínicos). El profesional y el paciente no están disponibles en el mismo momento y, en este caso, se recopilan, se almacenan y se transmiten datos clínicos para ser interpretados y valorados más adelante. La ventaja es que no es necesario que ambas personas estén disponibles en el mismo momento o lugar, aunque no ofrece la inmediatez del contacto directo con el paciente y presenta la dificultad de que algunas imágenes puedan tener una calidad insuficiente y requerir consultas repetidas si los detalles clínicos no son suficientemente completos.



La **monitorización remota** del paciente también puede ser considerada como un tipo de telemedicina. La conexión en red de dispositivos a través de Internet permite que los pacientes empleen sensores para medir todo tipo de variables: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, peso, ejercicio realizado, adherencia a la medicación, estado de salud percibido, etc. De este modo, se facilita a los médicos controlar remotamente la salud de un paciente en tiempo real, ya que la información es recopilada en dispositivos tecnológicos y enviada a los registros médicos electrónicos de los pacientes, donde se almacena para su futura evaluación y uso.

La monitorización remota ha llevado a la creación de plataformas de salud conectada, que permiten telemonitorizar a los pacientes con múltiples dispositivos electrónicos de vestir o ponibles (*wearables*), vinculados a aplicaciones móviles que, gestionando sus datos en la nube, finalmente pueden ayudar a alertar al personal sanitario sobre un posible deterioro clínico y actuar, así, de forma precoz.

Pero para que estas aplicaciones sean eficaces, es necesario promover la educación sobre la enfermedad, cambios en el estilo de vida y adherencia

al tratamiento y debe fomentarse la participación y el empoderamiento del paciente, tanto en el control de enfermedades crónicas (presión arterial, sobrepeso, diabetes, insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), como en el control de enfermedades agudas (infecciones o procesos posoperatorios, en los que el uso de rastreadores de la actividad tras una cirugía anima al paciente a empezar a andar y ha demostrado que acorta estancias y evita reingresos).

Existe evidencia suficiente de que la telemonitorización mejora la salud de la población, reduce costes sanitarios y mejora la experiencia del paciente en el cuidado de su salud. Por ello, diferentes sociedades científicas, como la American Heart Association, ya recomiendan su uso para controlar mejor la salud.

Otras maneras de monitorizar constantes vitales son, por ejemplo, los sistemas de teledetección sin contacto, o por fotopleletismografía remota, que pueden realizar una monitorización continua, precisa y a largo plazo.

2.

La relación médico-paciente y la calidad del acto médico en telemedicina

La relación médico-paciente fue descrita magistralmente por Laín Entralgo como un tipo “particular y único” de relación entre personas, asimétrica y basada en una triple confianza por parte del paciente: confianza en que la medicina podrá curar, paliar o

aliviar sus sufrimientos; confianza en los conocimientos del médico o médica y confianza en el propio médico como persona. Este último punto incluye todos los valores que integran la profesión médica y que se expresan, entre otros, a través de la prudencia, la empatía, el saber escuchar y el secreto profesional.

Esta relación es la esencia del ejercicio de la práctica médica, tanto desde la vertiente de las relaciones humanas, que es una parte importante de la misma con el establecimiento del vínculo terapéutico, como del resultado esperado (diagnóstico, tratamiento, acompañamiento).

Y, en este modelo de relación, no debemos olvidar a la familia del paciente, ya que, en ocasiones, será la interlocutora directa con los profesionales y, en estos casos, jugará un papel clave en el modelo de relación.

Pero la relación médico-paciente, pese a formar parte de la tradición médica, no es fija ni inmutable. El contenido de la relación médico-paciente ha cambiado sustancialmente a lo largo de los años

-del modelo paternalista a la incorporación de los valores del paciente en la toma de decisiones- y también se han producido cambios profundos en la manera en que se desarrolla. Por otra parte, la introducción de la telemedicina como un elemento más de la práctica médica supone un nuevo reto en la relación entre el médico, el paciente y la familia.

La telemedicina tiene un impacto claro en el marco de la relación médico-paciente y, aunque es ventajosa y recomendable en determinadas circunstancias, deberá garantizar el cumplimiento de la buena práctica clínica, las normas éticas y deontológicas y la normativa legal y profesional aplicable a todo acto médico y deberá estar presidida por el criterio clínico del profesional. Los valores de la relación médico-paciente, en telemedicina son, sencillamente, los mismos que en la relación presencial. La visita o consulta por medios telemáticos no debe interferir en los principios

Los principios básicos de la relación médico-paciente en telemedicina son los mismos que en la visita presencial

básicos de la relación médico-paciente y, por lo tanto, deben observarse y considerarse el respeto mutuo, la independencia del juicio clínico, la autonomía del paciente y el secreto profesional.

En la práctica de la telemedicina, hay que tener especial cuidado en cuanto a los siguientes aspectos:

Criterio clínico

El médico debe hacer valer su autonomía para decidir si la visita con el paciente tiene que ser presencial o puede realizarse a distancia, en cualquiera de sus modalidades. No se impondrá un modelo de asistencia preestablecido por encima del criterio clínico.

Confianza

El establecimiento de una relación a distancia entre médico y paciente debe ser de común acuerdo. Es una cuestión de confianza. El médico debe explorar la disponibilidad y el conocimiento que su paciente tiene del uso de la plataforma tecnológica a utilizar y asegurarse de que comprende las ventajas y los límites del procedimiento, así como las indicaciones y prescripciones que se le puedan dar.

Prudencia

La falta de control visual directo con el paciente, la imposibilidad de la exploración física habitual y la falta de versatilidad de una conversación condicionada por la plataforma tecnológica –algunos estudios muestran que las consultas telefónicas suelen centrarse únicamente en síntomas concretos– podrían descuidar una evaluación general y completa. Estas limitaciones deben hacer extremar la prudencia por parte del médico y facilitar una eventual reconversión a presencial de una visita programada como telemática.

Identificación

El médico debe velar por que la consulta se lleve a cabo de manera segura, lo que incluye la previa identificación correcta del paciente o de la persona autorizada por este.

Intimidad

El médico también debe velar por garantizar la intimidad del paciente, y tomar las medidas oportunas para evitar que, excepto consentimiento expreso por parte del paciente, terceras personas puedan acceder a la visita sin un motivo justificado.

Confidencialidad

Las plataformas tecnológicas deben garantizar la confidencialidad de los datos y de la información, de modo que permitan asegurar comunicaciones cifradas y su seguridad.

Registro en la historia clínica

El acto médico a distancia también debe ser registrado en la historia clínica –dejando constancia del medio utilizado–, del mismo modo que es obligatorio hacerlo en los actos médicos presenciales (norma 21 del Código de Deontología y artículos 9 y 10.3 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica). La documentación y las comunicaciones deben ser referidas e incluidas en la historia clínica. En el supuesto de que la conexión no se produzca y, por lo tanto, no se realice la visita a distancia, también debe referirse en la historia clínica.

Información y comunicación

La información y la comunicación con el paciente son esenciales. La utilización de medios telemáticos en el proceso de información al paciente

tiene, normalmente, un carácter complementario, pero en determinados momentos -como en el caso de una pandemia o en situaciones con dificultades de desplazamiento del paciente- su utilización permite un contacto rápido y el mantenimiento del seguimiento asistencial. El uso de estos medios en el proceso de información o en el seguimiento del paciente supone grandes ventajas, pero hay que tener presentes los siguientes aspectos:

- Es necesario tener identificado al paciente o a la persona de referencia designada en caso de que el paciente no esté en disposición de comprender el alcance de la intervención asistencial.
- La comunicación debe realizarse a través del número de teléfono o dirección de correo electrónico que se haya designado.
- Deben comprobarse los datos de identificación y anotarlos en la historia clínica.

Es necesario valorar si es conveniente el uso de medios telemáticos cuando deben comunicarse malas noticias

El profesional debe valorar la conveniencia del uso de medios telemáticos en los casos en que deban comunicarse malas noticias, situaciones de mal pronóstico o defunciones. En estas circunstancias, es preferible la asistencia presencial, excepto cuando sea imposible, en cuyo caso se reforzarán las estrategias de comunicación.

Consentimiento informado.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 21/2000, la información y obtención del consentimiento forma parte de todos los procesos asistenciales y, por lo tanto, en los actos que se desarrollen a distancia también será necesario el proceso de información previo al consentimiento del paciente.

El consentimiento informado durante la pandemia de COVID-19

Durante la pandemia de la COVID-19, la telemedicina ha ayudado a obtener el consentimiento de familiares de pacientes no competentes en los casos en que, por razones sanitarias, no era posible la presencia de quien debía prestar el consentimiento.

En estos casos, es conveniente dejar constancia de los siguientes aspectos en la historia clínica:

- a) Momento (día y hora en que se ha llevado a cabo el proceso de información y medio telemático empleado).
- b) Identificación del familiar o persona con quien se ha contactado, dejando constancia del vínculo con el paciente. Se recomienda que esta persona (a ser posible) ya quede identificada en el momento del ingreso del paciente.
- c) Breve exposición en la que se explicita que el proceso de información y obtención del consentimiento no se realiza por escrito y las circunstancias que así lo determinan (paciente no competente para tomar decisiones, familiar confinado, etc.).
- d) Conveniencia terapéutica del procedimiento o acto médico propuesto.
- e) Detalle del contenido de la información facilitada (sobre el proceso asistencial, riesgos generales y particulares del paciente, y alternativas terapéuticas).
- f) Comentarios realizados por la persona informada y si esta ha entendido el proceso.
- g) Decisión acordada.

* Documento *Consideraciones deontológicas en relación con información, consentimiento y consulta virtual durante la pandemia de COVID-19*, elaborado por la Comisión de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

Receta médica

La prescripción de medicamentos debe cumplir las previsiones del Real decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. En el caso de emitir receta electrónica debe realizarse a través de una plataforma o aplicación homologadas. Las cuales deben garantizar las comunicaciones cifradas y permitir la dispensación de la medicación en cualquier oficina de farmacia.



En Cataluña, el sistema de receta electrónica está desarrollado y funciona hace años en el sector público, lo que permite y facilita la prescripción en los actos llevados a cabo a través de telemedicina. En el ámbito privado, su desarrollo ha sido posterior y se está implantando lentamente. En el periodo COVID-19, se ha hecho evidente su necesidad, especialmente cuando las entidades de seguros de salud han reconocido su valor al retribuir dicha actividad. Existen plataformas homologadas mediante las cuales debe emitirse la receta en el ámbito privado, ya que una receta médica en papel enviada al paciente por correo electrónico u otro sistema similar no será válida a los efectos de dispensación por parte de la oficina de farmacia. Cabe señalar que se ha hecho una excepción a esta norma durante el periodo de la pandemia.

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) está analizando la difusión e implantación de un sistema de receta privada electrónica que cumpla todos los requisitos.

Evaluación.

Es recomendable establecer objetivos compartidos por pacientes y por médicos y poder evaluarlos periódicamente a fin de revisar los resultados e ir estableciendo las indicaciones y los límites de la aplicación de la telemedicina.

Derechos básicos de médicos y pacientes en telemedicina

<p>Médicos</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Al respeto por el criterio clínico.• Al respeto por la autonomía en la decisión de la conveniencia del uso de las TIC.• Al respeto por la autonomía acerca de la utilización de los sistemas y las plataformas que ofrezcan mayores garantías.• Al respeto por el horario laboral.• A ser retribuido en las mismas condiciones que en la visita presencial.
<p>Pacientes</p> 	<ul style="list-style-type: none">• A garantizar la intimidad y la confidencialidad de la información clínica.• A recibir información sobre el proceso asistencial y a prestar su consentimiento.• A recibir información sobre aspectos relacionados con la telemedicina (cómo funciona, privacidad, seguridad, posibles deficiencias, protocolos de contacto, prescripción médica, etc.).• A consentir el tratamiento de sus datos personales en cumplimiento de la normativa de protección de datos.• A prestar su conformidad para la visita en modalidad a distancia.

3.

La visita médica a distancia

La medicina se ha basado, tradicionalmente, en la exploración y el seguimiento presencial de los pacientes. En su concepción inicial, la telemedicina estuvo condicionada por la distancia y las dificultades de

acceso de los pacientes a los servicios asistenciales. En cambio, en la actualidad, se reconoce como un modelo de comunicación en la atención asistencial no presencial en el que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) constituyen un instrumento al servicio de profesionales y pacientes en el acto médico.

El uso de las TIC debe ajustarse al proceso asistencial y a sus requerimientos y es el profesional quien debe valorar si, a través de estos medios, está en disposición de tomar las decisiones clínicas y terapéuticas adecuadas, sin que pueda considerarse un modelo sustitutorio del acto asistencial presencial de manera sistemática.

El objetivo de la telemedicina no es sustituir el modelo tradicional ni el acto presencial, sino facilitar instrumentos de relación y comunicación en beneficio de los participantes en la relación asistencial. Corresponde a la profesión y a los profesionales fijar los límites en el uso de los sistemas telemáticos para la atención de los pacientes.

Es necesario respetar la autonomía del profesional al decidir sobre la conveniencia del uso y la aplicación de estos sistemas, así como sobre la utilización de los sistemas que le ofrezcan las garantías de seguridad necesarias en el acto médico.

El médico debe ser consciente de que la telemedicina no puede sustituir ni omitir el examen personal del paciente cuando este sea necesario y, por lo tanto, la telemedicina debe limitarse a los supuestos en los que se considere posible y adecuada y siempre que esta circunstancia no suponga una limitación o una dificultad en las orientaciones o indicaciones que deban realizarse al paciente. El médico debe cumplir sus obligaciones deontológicas y profesionales del mismo modo que en la relación presencial y, por lo tanto, la atención médica debe revestir una buena calidad humana y técnica.

Corresponde a la profesión médica fijar los límites en el uso de sistemas telemáticos para la atención a pacientes

Si las circunstancias lo determinan, el acto médico debe transformarse en presencial o realizarse en esta modalidad desde el principio, especialmente en los casos en que:

Sea necesario el tratamiento o el abordaje presencial de la situación clínica motivo de la consulta.

El paciente presente signos de alarma.




Se planteen dudas en relación con el diagnóstico que puedan ser resueltas con una exploración física.

El estado o la condición del paciente pongan de manifiesto dificultades de comunicación y comprensión.

Sea necesario informar de una situación sensible o de mal pronóstico.

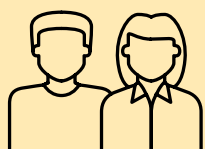
No sea posible garantizar la confidencialidad o la intimidad del acto médico.

Ventajas y limitaciones de la telemedicina

Ventajas	Ámbito tecnológico
	<ul style="list-style-type: none">• Permite la realización de visitas médicas a distancia.• Facilita la equidad en el acceso a los servicios asistenciales, independientemente de la localización geográfica.• Facilita la accesibilidad a los profesionales de la salud.• Permite abordar problemas de baja complejidad con menos tiempo que en las visitas presenciales.• Posibilita consultas remotas entre niveles asistenciales (atención primaria y hospital de referencia), evitando desplazamientos de pacientes y reduciendo el número de derivaciones.• Permite el seguimiento remoto de los pacientes.• Facilita nuevos entornos organizativos y de trabajo en red.
	Ámbito humano <ul style="list-style-type: none">• Evita desplazamientos y evita o reduce tiempos de esperas.• Contribuye a un contacto rápido entre médico y paciente.• En situaciones excepcionales, coadyuva a la prevención del riesgo de contagio y al mantenimiento de la continuidad asistencial y transmite más tranquilidad a los pacientes.• Permite una primera valoración del paciente y, en caso de que se considere oportuno, ofrece la opción de gestionar una visita presencial posterior.• Reduce los tiempos de espera en la atención, el abordaje y el seguimiento de los pacientes.• El profesional no necesita estar físicamente en su lugar de trabajo, sino que puede conectarse desde cualquier otro sitio (en este caso, se le facilitará el acceso a la historia clínica).• Facilita la atención a pacientes que viven en zonas remotas o que tienen dificultades de desplazamiento.• Tiene una buena y creciente aceptación y satisfacción entre profesionales y pacientes.• Optimiza el tiempo y, por lo tanto, facilita la conciliación a los pacientes y, especialmente, a los profesionales.
	Ámbito económico <ul style="list-style-type: none">• Se optimizan procedimientos que implican una mejora en la eficiencia de la prestación de servicios sanitarios.

Ventajas y limitaciones de la telemedicina

Limitaciones



Ámbito tecnológico

- Se requiere más atención a la seguridad de los sistemas utilizados, a la intimidad del paciente y a la confidencialidad del acto médico y cumplir la normativa de protección de datos y de seguridad informática.
- La red no siempre asegura una buena cobertura en todas partes ni suficiente calidad en cuanto a la imagen y al sonido.
- Riesgo de favorecer el incremento de las desigualdades (por factores económicos, de edad, sociales i/o culturales) y de la brecha digital.
- Reticencias y/o dificultades para introducir tecnologías que implican el rediseño del modelo asistencial y la correspondiente necesidad de formación.
- Muchas de las soluciones disponibles no prevén la posibilidad de interoperabilidad.

Ámbito humano

- Dificulta la conexión emocional i la percepción de expresiones corporales y faciales que pueden proporcionar información clínica.
- Genera más incertidumbre en situaciones complejas.
- Dificultades de expresión y/o de comprensión de la información que se facilita al paciente, especialmente en caso de patologías relacionadas con la salud mental o dificultades cognitivas.
- Mayor dificultad para detectar desacuerdos o falta de comprensión por parte del paciente.
- Resistencias internas a los cambios.
- Son necesarias unas mínimas competencias en entornos informáticos digitales.
- La puesta en marcha supone una nueva carga de trabajo.
- Se necesita un liderazgo para dinamizar y gestionar correctamente la transformación digital.

Ámbito económico

- Los centros deben afrontar su financiación inicial, su coste y su sostenibilidad.
- Las entidades de seguro libre de asistencia sanitaria deben reconocer la visita a distancia como un acto médico retribuable de manera ordinaria, equivalente al acto presencial.

4.

Cómo afrontar la visita médica a distancia

La comunicación es una parte fundamental en la relación médico-paciente, con impacto sobre elementos clave del proceso asistencial como el establecimiento del vínculo terapéutico, el cumplimiento terapéutico y la confianza.

En telemedicina, la comunicación y la interacción con pacientes y familias son, simplemente, diferentes, por lo que se necesitan estrategias que permitan que estas sean buenas y fluidas. El profesional debe esforzarse por mantener la liturgia y todos los valores del acto médico y para evitar que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueda desnaturalizarlo o despersonalizarlo.

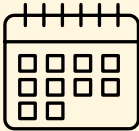
Consideraciones y consejos prácticos para visitas médicas a distancia por videoconferencia

En cuanto a los dispositivos



- Procurar que los dispositivos (soporte, cámaras, altavoces, etc.) sean adecuados en cuanto a calidad y permitan una conexión segura.
- Evitar emplear dispositivos destinados al uso particular, a ser posible.

En cuanto a la preparación



- Programar la visita (videoconsulta o telefónica) y anotarla en la agenda del mismo modo que las visitas presenciales, para facilitar al paciente que se encuentre en un espacio confortable que garantice la intimidad del acto médico.
- Evitar consultas que no hayan sido programadas.
- Como en cualquier acto médico, revisar la historia clínica del paciente.
- Antes de iniciar la consulta, compartir con el paciente las directrices de la visita a distancia y asegurarse de que está preparado para acceder a la misma y llevarla a cabo.
- Velar por la calidad del sonido, la imagen y la iluminación.
- El contacto con el paciente debe realizarse a través del número de teléfono o dirección de correo electrónico que este haya facilitado o tras la identificación previa si se trata de otro medio. Debe comprobarse su nombre y otros datos como la fecha de nacimiento, el número de la tarjeta sanitaria, el DNI, etc.
- Se debe tener el teléfono del paciente a mano, para poder llamarle en caso de que la videoconsulta se interrumpa.
- Asegurar el acceso a la información clínica del paciente y a los recursos necesarios para desarrollar el acto médico en los términos adecuados.
- Tener a disposición del paciente las credenciales del médico.

Consideraciones y consejos prácticos para visitas médicas a distancia por videoconferencia

En cuanto a la vestimenta y el entorno



- Mantener una presencia correcta, con una vestimenta adecuada. Llevar la bata puede ser una forma de transmitir confianza al paciente.
- Asegurarse de que la videoconsulta o la consulta telefónica se lleven a cabo en un espacio privado y tranquilo (como si fuese en la consulta física).
- El fondo debería ser neutro o bien institucional para evitar posibles distracciones del paciente.
- Estar motivados por lo que estamos a punto de hacer, para transmitir positividad.
- Si la consulta tiene lugar en un entorno que no es el laboral (por ejemplo, en el domicilio particular), habrá que informar de ello al paciente.

En cuanto al desarrollo de la visita



- Informar al paciente de que la visita será privada y confidencial y ofrecerle la posibilidad de realizarla en otro momento si no es posible garantizar la privacidad de la conversación.
- Permitir que el paciente se explique sin interrupciones.
- La velocidad del habla debe ser más lenta que en la visita presencial y hay que propiciar espacios para que el paciente pueda interrumpir la conversación si lo considera necesario.
- El tono de voz debe ser tranquilizador. Hay que transmitir seguridad y confianza.
- Si la consulta se desarrolla en la modalidad de videoconsulta:
 - Mirar a la cámara para transmitir que conectamos con el paciente, manteniéndola al mismo nivel de los ojos.
 - Enmarcar un buen plano, que transmita proximidad (ni muy cerca ni muy lejos de la cámara).
 - Evitar la gesticulación excesiva y los tics corporales o verbales (la autograbación previa permite detectarlos e irlos corrigiendo).
 - Ser uno mismo para transmitir honestidad ante la cámara.
 - Si está presente otro profesional, el paciente debe ser informado de ello.
- Si es necesario apuntar algo en la historia clínica, se informará al paciente para que no piense que se ha cortado la comunicación.
- Informar sobre el problema de salud, el plan de acción, la propuesta de tratamiento, la evolución previsible, los signos de alarma y la actuación en caso de que se presenten.
- Al finalizar la visita, permitir que sea el paciente quien dé fin a la conexión, tras preguntarle si tiene alguna duda y verificar que lo ha comprendido todo.

5.

La prestación de servicios sanitarios a distancia

Se entenderá que la prestación de servicios sanitarios en entornos no presenciales se lleva a cabo en el Estado donde el médico –o la empresa para la cual trabaja– está legalmente establecido, por lo que la normativa propia del

lugar de establecimiento es la que regirá en la actividad sanitaria, aunque los beneficiarios de la asistencia puedan encontrarse fuera de este ámbito. Así, los médicos legalmente establecidos en el Estado español, en la medida en que están sometidos a la legislación colegial, local, autonómica y estatal española, deben informar a los destinatarios de sus servicios de cuál es su lugar de establecimiento y, al mismo tiempo, deben conocer tanto el lugar donde se encuentran estos como las particularidades ambientales, sanitarias y legales de su ubicación, para poder derivarlos a los servicios sanitarios correspondientes de la zona en caso de urgencias o de imposibilidad de prestar la asistencia requerida.

Así pues, los médicos que presten sus servicios desde un establecimiento español deben estar en posesión del título de licenciado o grado en Medicina expedido por la autoridad competente o haber obtenido la correspondiente homologación o reconocimiento del título y la inscripción en el colegio donde desarrollen su actividad principal o única.

Sea cual sea la modalidad de prestación del servicio –por cuenta ajena o por cuenta propia–, el médico debe cumplir sus obligaciones fiscales y de protección social (alta y cotización a la Seguridad Social o mutualidad alternativa) y, al mismo tiempo, debe contratar la correspondiente póliza de responsabilidad civil profesional, excepto en el caso de que preste sus servicios por cuenta ajena.

El establecimiento desde el que se presten los servicios debe contar con la autorización sanitaria correspondiente. El Decreto 151/2017, de 17 de octubre, establece los requisitos, las garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro de los centros y servicios sanitarios en el territorio de Cataluña.

La prestación de servicios sanitarios en entornos no presenciales debe garantizar, de conformidad con la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, que los destinatarios de los servicios y los órganos competentes puedan acceder por medios electrónicos de manera permanente, fácil, directa y gratuita a la siguiente información:

- Nombre o denominación social	- Precio del servicio (con claridad y exactitud, indicando si incluye o no los impuestos o los gastos de envío)
- Residencia o domicilio o, en su defecto, dirección de un establecimiento permanente en España	- Códigos de conducta (indicando si se está adherido y forma de consulta)
- Dirección de correo electrónico o cualquiera que permita establecer una comunicación directa y efectiva	- Datos del colegio profesional en el que esté inscrito
- Datos de inscripción en el Registro Mercantil o en el Registro de Sociedades Profesionales	- Número de colegiado
- Datos de la autorización sanitaria administrativa	- Título académico y Estado de la Unión Europea (UE) de expedición o, en su caso, homologación o reconocimiento del título
- Identificación del órgano competente de su supervisión (Inspección Sanitaria del Departamento de Salud)	- Normas profesionales aplicables al ejercicio de la profesión, facilitando su acceso (incluido el electrónico)
- Número de identificación fiscal	

6.

Requerimientos técnicos, de seguridad y de protección de datos

En telemedicina, el titular de la actividad, en la medida en que es el responsable del tratamiento de los datos personales de los pacientes y los trabajadores, debe cumplir también la normativa vigente en materia de protección de datos; el Reglamento 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). Asimismo, se tendrá especial cuidado en la implementación de las medidas de seguridad de estas herramientas atendiendo a los riesgos que puede conllevar el tratamiento de datos de salud, considerados datos personales de categorías especiales, lo que supone, además, unos requerimientos de cumplimiento específicos y siempre de acuerdo con el principio de responsabilidad proactiva del responsable del tratamiento.

(Más información en el Anexo, página 28)

7.

Responsabilidad civil profesional

En telemedicina, los facultativos asumen la responsabilidad profesional de este acto médico y todo aquello que se derive del mismo, especialmente en cuanto a la diagnosis, los consejos, las opciones terapéuticas y las intervenciones médicas directas, así como a la necesidad de una derivación a una consulta presencial. En este sentido, es necesario que los facultativos reciban una formación adecuada para prevenir posibles situaciones de las que podría derivarse una responsabilidad profesional médica.

La responsabilidad civil profesional consiste en la obligación de los médicos de reparar las consecuencias de sus actos profesionales y de las omisiones y errores cometidos en el ejercicio de su profesión que hayan causado un daño o perjuicio, siempre que no se hayan puesto los medios necesarios o el debido cuidado en la asistencia a un paciente, ya sea por negligencia en la conducta o por incumplimiento de la *lex artis*.

Cuando un acto médico se lleva a cabo mediante las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), se realiza con todas sus consecuencias legales, también en cuanto a la responsabilidad profesional. Aun así, conviene recordar que la responsabilidad de los médicos no está vinculada a los resultados, sino al hecho de no haber proporcionado los medios adecuados de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada procedimiento.

La telemedicina exige una adecuada planificación, por lo que se recomienda la utilización de protocolos estandarizados del tipo *checklist* que faciliten aspectos básicos de seguridad clínica. La identificación de los participantes en la telemedicina debe ser clara e inequívoca y hacerse constar en la historia clínica. El facultativo que presta asistencia médica por telemedicina debe tener acceso directo a la historia clínica del paciente y hacer constar en la misma por escrito todas las vicisitudes asistenciales, así como el tratamiento

Cuando se acepta el uso de la telemedicina, los facultativos asumen la responsabilidad profesional de este acto médico y todo aquello que se derive del mismo, especialmente en cuanto a la diagnosis, los consejos,

La telemedicina exige planificación y protocolos previos que faciliten la seguridad clínica

pautado y las recomendaciones dadas. Una historia clínica completa es una medida de seguridad jurídica en caso de reclamación. Los médicos, para emitir un diagnóstico o realizar una prescripción farmacológica o unas recomendaciones, deben asegurarse de que disponen de datos suficientes y de la calidad de estos.

Las limitaciones de la telemedicina pueden hacer necesaria una consulta presencial complementaria

En este punto, conviene recordar que las limitaciones propias de la telemedicina pueden determinar, en ocasiones, que sea necesaria una consulta presencial para complementar el acto médico llevado a cabo mediante telemedicina. En estos casos, el profesional derivará al paciente a dicha consulta presencial.

Muchas pólizas de responsabilidad civil profesional no contemplan, en concreto, la cobertura de actos médicos llevados a cabo a través de medios telemáticos o a distancia, pero al realizarse inequívocamente un acto médico, de acuerdo con las indicaciones de este documento, debe entenderse que quedan incluidos en su cobertura, excepto que se excluyan de manera expresa. En cualquier caso, es recomendable verificar que, efectivamente, el seguro ofrece esta cobertura, especialmente cuando pacientes establecidos fuera del territorio español sean visitados por un médico establecido en España.

Por otra parte, las distintas administraciones sanitarias, principales impulsoras de la telemedicina, y también los centros de provisión privada, deben garantizar la implementación de la actividad no presencial de manera consensuada y ordenada en los diferentes dispositivos sanitarios, con la introducción de criterios claros y concisos que impliquen un reconocimiento y un control de la actividad no presencial. Deben garantizar también la correcta accesibilidad de los pacientes a la asistencia sanitaria, asegurando la privacidad de la comunicación, así como promover y facilitar la formación de los profesionales y de los pacientes acerca de la utilización de las plataformas de atención a distancia, al mismo tiempo que observan su correcto funcionamiento, mejorando y facilitando la accesibilidad a las redes de comunicación.



La experiencia del sistema público de salud de Cataluña

El sistema público de salud de Cataluña está constituido por más de 160 proveedores de salud distintos, tanto de titularidad pública como privada, que configuran una red asistencial integrada de utilización pública.

La multiplicidad de agentes en la provisión ha propiciado que gran parte de estas organizaciones y centros cuenten con sistemas de información propios específicamente adaptados a sus necesidades concretas.

La utilización de sistemas de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como la historia clínica compartida en Cataluña (HC3), más los estándares de integración y de interoperabilidad que los hacen compatibles, permite disponer de una historia clínica única compartida del paciente centrada en la salud. Se establece así un modelo común de acceso a registros de los distintos sistemas de información clínica, respetando las diferencias entre proveedores y entidades. A pesar de la complejidad del modelo sanitario catalán, su sistema público de salud tiene identificados los procesos asistenciales, los diferentes escenarios de interoperabilidad y a los actores más relevantes que intervienen en el intercambio de información clínica.

A lo largo de su historia reciente, el sistema sanitario catalán ha sido capaz de llevar a cabo iniciativas pioneras en el uso de las TIC en beneficio de los ciudadanos y los profesionales, que han facilitado la integración y la compartición de la información clínica entre las distintas entidades proveedoras de salud. Son ejemplos de ello el Registro Central de Usuarios (RCA) y la tarjeta individual de salud, la Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP), la implantación masiva de sistemas avanzados de gestión hospitalaria en todos los hospitales del país, la receta electrónica para la prestación farmacéutica, los sistemas de intercambio de información y documentación sanitaria, la HC3, la plataforma de interoperabilidad (iS3), la digitalización de la imagen médica (SIMDECAT) y la carpeta de salud del ciudadano (La Meva Salut).

Gracias a estos esfuerzos, la dinámica de desarrollo asistencial y organizativo ha dado lugar a valiosas iniciativas de integración territorial fundamentadas en nuevos modelos de atención compartida, que son muy costosas de acompañar desde el punto de vista del soporte tecnológico por la falta de estandarización de los sistemas de información entre proveedores del sistema. El análisis de las tendencias internacionales muestra que, en los sistemas que valoran y potencian la autonomía de la gestión local con múltiples proveedores, también se produce una tendencia a incorporar una gobernanza general, reducir el número de soluciones tecnológicas y, especialmente, emplear estándares que permitan poner a disposición de todos la información de los ciudadanos en un historial de salud longitudinal único para toda la cadena de provisión de servicios. Por ello, desde el Plan Director de Sistemas de Información de CatSalut se trabaja en el desarrollo de un historial electrónico de salud y en las modalidades de integración en el parque de sistemas existente, dentro de una arquitectura tecnológica más global, que se pone a disposición del SISCAT. Este repositorio sustituirá progresivamente a los sistemas actuales, basados en la interoperabilidad y el envío de registros a través de múltiples circuitos.

Durante los últimos años, se han ido desplegando en el SISCAT distintas experiencias de modelos de visita a distancia en la atención primaria y también en otros ámbitos, como, por ejemplo, consultas externas de hospitales o salud mental, que han dado cobertura a los siguientes tipos de relación:

Entre el médico y el paciente



Atención telefónica. Modelo de comunicación clásico y ampliamente desplegado, tanto en la atención primaria como en el ámbito hospitalario, y que durante la crisis de la COVID-19 ha resultado un canal imprescindible entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos para evitar desplazamientos

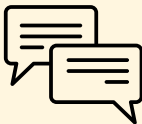


eConsulta. Es una herramienta asíncrona de consulta no presencial. Se trata de un canal de comunicación ágil que no requiere que el profesional y el paciente compartan espacio y tiempo, y que garantiza una comunicación segura. Está integrada en La Meva Salut y facilita el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario, ya que permite generar conversaciones con mensajes escritos entre el ciudadano y el profesional. Cada eConsulta genera espacio en la agenda del profesional y permite tanto al profesional como al ciudadano adjuntar también información en formato PDF o imágenes. Actualmente, este servicio está desplegado prácticamente en toda la atención primaria y se está ampliando a los hospitales públicos del SISCAT.

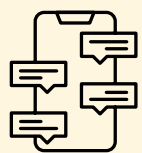


Videoconsulta. Es una herramienta síncrona de consulta no presencial. Se trata de un servicio que se ha implementado durante la pandemia de la COVID-19 en la atención primaria y que se está desplegando en el resto de los niveles asistenciales (atención hospitalaria, sociosanitaria, salud mental y adicciones). Permite a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos establecer una visita no presencial con contacto visual y de voz coincidiendo en el tiempo. Es un servicio ampliamente utilizado en el sistema sanitario privado y que hace poco que se está desplegando en el sistema público para enriquecer el modelo de atención no presencial y ofrecer un canal más de relación entre profesionales de la salud y ciudadanos. Permite evitar desplazamientos innecesarios en los casos en los que no es necesaria la presencialidad para el acto asistencial.

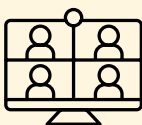
Entre profesionales



Interconsultas sin paciente o visitas virtuales entre niveles asistenciales. El SISCAT dispone de plataformas transversales de interoperabilidad, como la HC3 o la iS3, que permiten a las diferentes entidades proveedoras de salud que trabajan con distintos sistemas de información poder hacer derivaciones entre niveles asistenciales y que la información quede integrada en cada estación de trabajo, tanto la emisora como la receptora. Esto permite derivaciones entre diferentes niveles asistenciales sin necesidad de desplazamiento físico de los ciudadanos, compartiendo la información clínica y la documentación necesaria para una interconsulta entre los dos ámbitos asistenciales y dando una respuesta más eficiente a los procesos clínicos que no requieren desplazamientos físicos de los ciudadanos. Es un modelo de relación ampliamente empleado en el sistema de salud público y que evita actualmente numerosos desplazamientos innecesarios de los ciudadanos, ya que permite la resolución de los casos en el ámbito de atención más cercano al ciudadano.



XatSalut. Es una herramienta segura de mensajería instantánea propia para la comunicación entre profesionales del SISCAT. Puede considerarse una alternativa al *whatsapp* que garantiza la seguridad y la privacidad de los datos. Todos los datos, los ficheros y los archivos se guardan encriptados, tanto en el móvil como en los servidores. Se pueden compartir mensajes, vídeos, imágenes y notas de voz, y se puede utilizar en distintos dispositivos. Es una herramienta que permite mejorar la relación entre niveles asistenciales al incorporar también a grupos de profesionales. Actualmente, está disponible para los profesionales del SISCAT y se está desplegando su uso entre las diferentes entidades proveedoras de salud.



Videoconsulta entre profesionales. Es un nuevo servicio de comunicación entre profesionales que, en el segundo semestre de 2020, empezó a desplegarse en el SISCAT. Permite establecer comunicaciones por videollamada entre profesionales y se integrará en el propio XatSalut.

9.

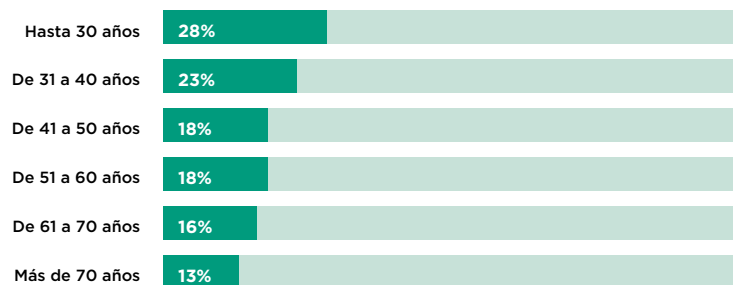
Implementación de la salud digital en la consulta privada

Desde el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) se ha llevado a cabo un estudio para conocer el estado de la digitalización de las consultas y centros médicos, dirigido a los colegiados que ejercen la medicina en el sector privado. Se envió a

estos profesionales un cuestionario en línea entre el 9 de marzo y el 12 de abril de 2021 y se obtuvieron 568 respuestas (error muestral: 4,01%).

En lo referente a la teleconsulta, el 64% de los encuestados hacía visitas no presenciales en el momento de responder. Estas visitas no presenciales representan una media del 17,5% del total de visitas realizadas. Los médicos más jóvenes realizan, proporcionalmente, más visitas no presenciales.

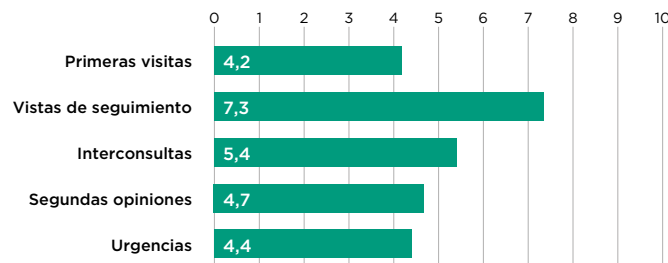
% medio de visitas no presenciales



De los profesionales que hacen visitas no presenciales, el 97% las hace por teléfono y, mayoritariamente, de manera remunerada. El otro canal mayoritario para realizar visitas no presenciales es el correo electrónico (70%), aunque estas solo están remuneradas en un porcentaje bajo. Cuando se remuneran las visitas no presenciales, mayoritariamente, lo hacen las mutuas y aseguradoras de salud.

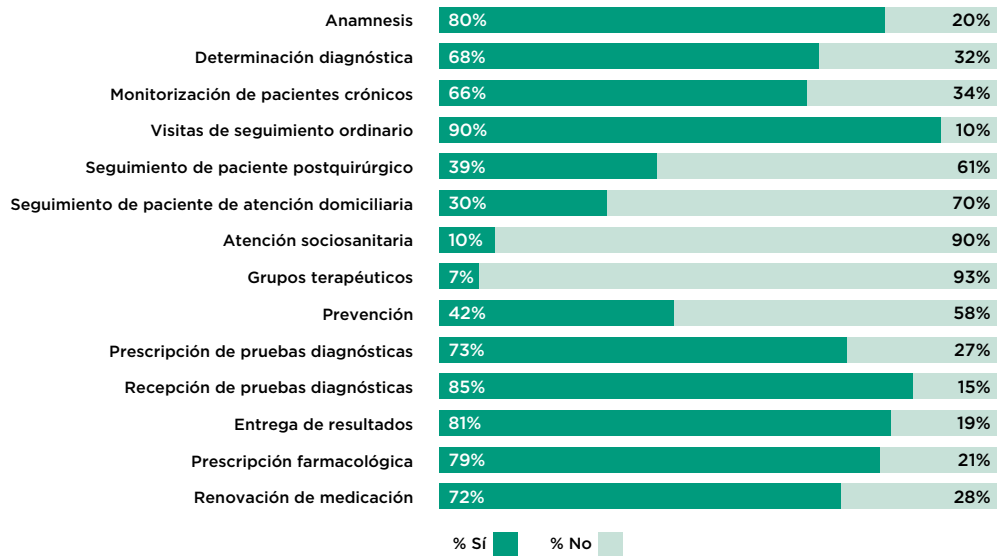
El tipo de visitas que se realizan mayoritariamente de manera no presencial son las de seguimiento, que están mejor valoradas en lo referente a la capacidad de resolver problemas (7,3 puntos de media en una escala del 1 al 10).

Valoración de capacidad de solucionar problemas por videoconsulta en su especialidad



El tipo de atención que se ofrece en las visitas no presenciales es, principalmente, seguimiento ordinario, recepción de pruebas diagnósticas, entrega de resultados, anamnesis y prescripción farmacológica.

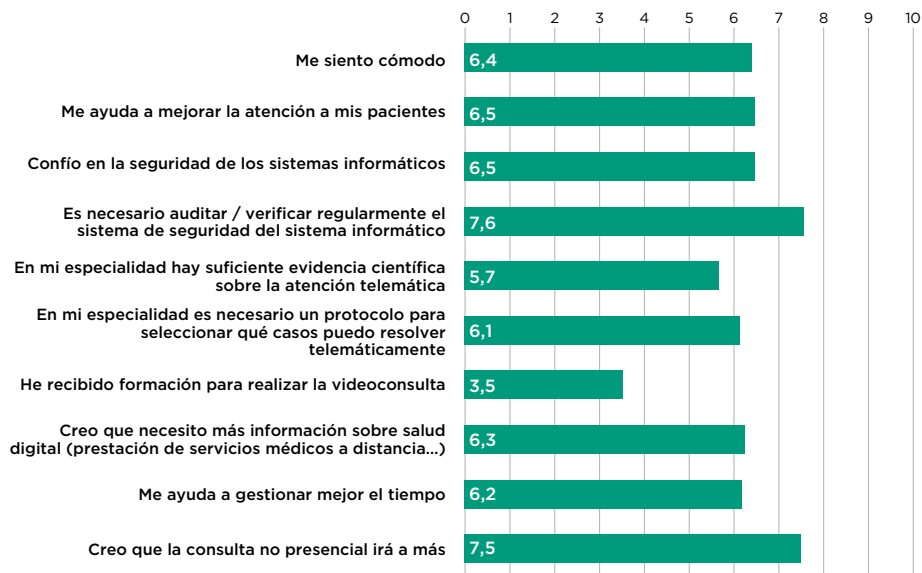
Tipo de atención que ofrece en las visitas presenciales



n = encuestados que hacen visitas no presenciales actualmente

Los médicos que realizan visitas no presenciales valoran con un promedio de 3,5 puntos sobre 10 su grado de acuerdo con el hecho de haber recibido formación para llevar a cabo este tipo de asistencia. Por otra parte, están bastante de acuerdo con que se debe verificar regularmente el grado de seguridad del sistema informático y con que la consulta no presencial irá en aumento.

Grado de acuerdo en relación a las visitas no presenciales



La pandemia ha representado un gran impulso en la consulta no presencial en el sector privado. Mientras que antes de la pandemia solo el 30% de los encuestados realizaba visitas no presenciales (que representaban solo un promedio del 10% del total de visitas), durante la primera ola de la pandemia, el 74% de los encuestados las hizo en algún momento (y representaban una media del 61% del total de visitas).

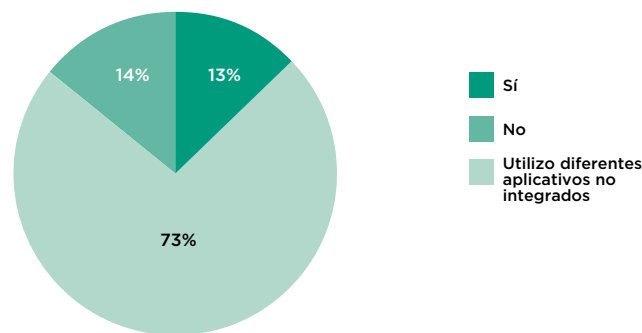
Por otra parte, con respecto a la historia clínica de los pacientes, el 80% la tienen informatizada, pueden acceder a ella otros profesionales del equipo (80%) y está conectada con otros servicios del centro (64%).

Solo el 48% de estos profesionales dispone de una agenda online y el 39% tiene la posibilidad de realizar recetas electrónicas.

Las organizaciones son las principales promotoras de la implementación de la historia clínica, así como de la agenda y la receta electrónica.

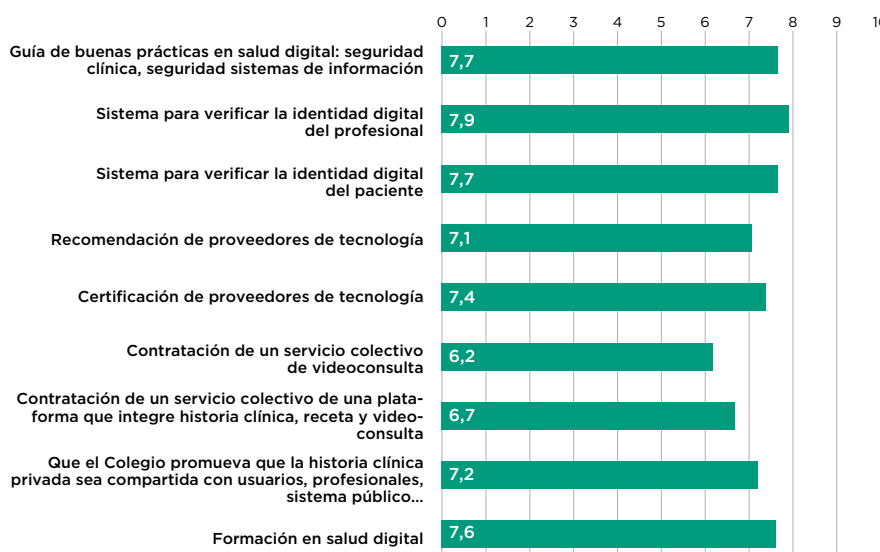
Solo el 13% dispone de un sistema integrado de historia clínica, videoconsulta y receta en una plataforma de telemedicina, aunque el 63% afirma que lo tendría si dispusiera de asesoramiento y apoyo. El principal motivo para no disponer de ello es que el centro donde trabajan no lo tiene, seguido del desconocimiento y la afirmación de que no lo necesitan.

Dispone de un sistema integrado de historia clínica, videoconsulta, receta en una plataforma de telemedicina



La finalidad del estudio era indagar en qué aspectos los colegios podían ayudar a los médicos en el ámbito de la salud digital. Los principales aspectos sobre los que los colegiados consideran que pueden recibir apoyo de los colegios son: el sistema para verificar la identidad física del profesional (7,9 puntos), el sistema de verificación de la identidad digital del paciente, la guía de buenas prácticas en salud digital (7,7 puntos) y la formación en salud digital (7,6 puntos).

Grado de importancia de aspectos en los cuales puede ayudar el Colegio



10.

Conclusiones

- 1.** La telemedicina consiste en la prestación de un servicio sanitario a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que aporta una mayor variedad de modelos de comunicación entre el médico y el paciente, sin que en ningún caso pueda considerarse sustitutiva de la genuina relación médico-paciente.
- 2.** La telemedicina ha demostrado un gran potencial para ayudar a mejorar la atención a los pacientes, ya que aporta beneficios en cuanto a la conciliación, la accesibilidad y la calidad del seguimiento.
- 3.** Los pacientes tienen características diferentes y preferencias personales, por lo que, para mantener una relación médico-paciente adecuada, debe decidirse conjuntamente cuál es el modelo preferente.
- 4.** El profesional debe tener en cada momento la capacidad y la autonomía para decidir la modalidad de visita más adecuada para resolver el motivo de la consulta del paciente.
- 5.** La utilización de la consulta virtual o telemedicina no debe interferir en los principios básicos de la relación médico-paciente, que son el respeto mutuo, la independencia del juicio clínico, la autonomía del paciente y el secreto profesional.
- 6.** Como acto médico, la opción de la telemedicina debe garantizar el derecho a la autonomía del paciente, el secreto profesional, la protección de los datos de carácter personal, la intimidad y la confidencialidad.
- 7.** Debe quedar constancia en la historia clínica de la visita a distancia.
- 8.** Dar malas noticias o tomar decisiones clínicas complejas puede requerir un escenario de intimidad y calidez que, a veces, es difícil de conseguir a través de herramientas telemáticas. Por lo tanto, se debe valorar la conveniencia de su uso en estas situaciones, salvo en las circunstancias en las que no sea posible, en cuyo caso se reforzarán las estrategias de comunicación.
- 9.** Las herramientas de telecomunicación y de telemonitorización deben ser utilizadas en un entorno de trabajo clínico y cumplir la normativa de seguridad y de protección de datos.

- 10.** En cada ámbito de actuación asistencial, debe generarse el conocimiento de la factibilidad y la seguridad de los diferentes actos médicos a través de herramientas de telecomunicación y/o telemonitorización, tanto para el control clínico como para la elaboración o la orientación de diagnósticos.
- 11.** Los profesionales sanitarios que empleen la telemedicina están sometidos al mismo régimen de autorizaciones y normativa que la medicina prestada en entornos presenciales. Se entiende que el servicio se presta en el lugar donde esté establecido el profesional.
- 12.** La responsabilidad del profesional es siempre la misma, ya sea en visita presencial o a distancia. Al aceptar el uso de la telemedicina, el facultativo asume la responsabilidad profesional de este acto médico y de todo aquello que se derive del mismo, por lo que se hace necesaria una planificación adecuada y se recomienda el uso de herramientas que faciliten el seguimiento de los aspectos fundamentales de seguridad clínica.
- 13.** La mayor parte de las pólizas de responsabilidad civil profesional no contemplan de manera específica un apartado sobre telemedicina, pero al llevarse a cabo inequívocamente un acto médico, se entenderá que queda cubierto, excepto que se excluyan de manera expresa. En cualquier caso, es recomendable verificar que, efectivamente, el seguro ofrece esta cobertura, especialmente cuando pacientes establecidos fuera del territorio español sean visitados por un médico establecido en España.
- 14.** Los centros sanitarios del sector público y los centros sanitarios de provisión privada deben garantizar las condiciones necesarias para que la actividad profesional llevada a cabo por el facultativo mediante la telemedicina cumpla los requisitos básicos que permitan su ejercicio con plena seguridad jurídica del profesional. En el caso de la medicina privada, se debe garantizar también que el profesional recibe una contraprestación por la actividad en los mismos términos que la actividad presencial, teniendo en cuenta el propio significado del acto médico.
- 15.** Herramientas como la HC3 y la relación longitudinal de los pacientes permiten la utilización de la telemedicina dentro de la continuidad asistencial y la intervención no presencial de los profesionales.

Anexo

(viene del apartado 6)

En el momento de elegir la herramienta a utilizar en telemedicina, se debe contar, si es posible, con la figura del **delegado de protección de datos (DPD)**. Los centros sanitarios y las consultas médicas, con excepción

de los profesionales que ejercen a título individual, están obligados a nombrar un DPD. Entre las funciones que el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) otorga a la figura del DPD, destacan informar, asesorar y supervisar en lo referente al cumplimiento normativo en materia de protección de datos al **responsable de tratamiento de los datos** personales (el titular de la actividad). En el supuesto de que no sea obligatorio el nombramiento del DPD es aconsejable contactar con el asesor legal en materia de protección de datos personales a ese efecto. En cualquier caso, el papel de estas dos figuras es indispensable en el momento de diseñar las herramientas de telemedicina a utilizar.

En la elección del proveedor de telemedicina, se debe tener en cuenta si prestará un servicio por cuenta del responsable del tratamiento y tendrá acceso a los datos personales de los pacientes, bajo sus directrices. Si es este el caso, el proveedor tendrá la condición de **encargado del tratamiento** y, además del contrato propiamente de servicios, deberá suscribirse también un contrato de encargado del tratamiento para fijar las medidas de seguridad y las obligaciones de ambas partes. No obstante, existen proveedores, especialmente los más grandes, que al contratar sus servicios presentan contratos con cláusulas ya predeterminadas que difícilmente pueden ser modificadas.

Así pues, **¿qué medidas de seguridad deberán observar estas herramientas de telemedicina para cumplir la normativa vigente?**

A diferencia de la anterior regulación, la actual establece que, teniendo en cuenta el estado de la tecnología, los costes de aplicación y la naturaleza, el alcance, el contexto y los fines del tratamiento, así como los riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y las libertades de las personas físicas, el responsable y el encargado del tratamiento deben aplicar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo que, si es preciso, incluya, entre otros:

- a) La seudonimización y el cifrado de los datos personales.
- b) La capacidad de garantizar la confidencialidad, la integridad, la disponibilidad y la resiliencia permanentes de los sistemas y de los servicios de tratamiento.
- c) La capacidad de restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de manera rápida en caso de incidente físico o técnico.
- d) Un proceso para verificar, evaluar y valorar regularmente la eficacia de las medidas técnicas y organizativas establecidas para garantizar la seguridad del tratamiento.

Conviene recordar que los centros sanitarios públicos, así como los centros y servicios privados concertados, deben cumplir, además del RGPD y la LOPDGDD, las instrucciones técnicas en materia de seguridad que –en todos los ámbitos del centro– determina el **Esquema Nacional de Seguridad (ENS)**, de acuerdo con el Real decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la

Administración electrónica, así como el Real decreto 951/2015, de 23 de octubre, de modificación del Real decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración electrónica.

Dada la complejidad de la aplicación de las instrucciones técnicas del ENS, se recomienda que, junto con el asesoramiento que pueda tenerse del DPD en materia de protección de datos, se contacte con asesores especializados en su aplicación e implementación.

A grandes rasgos, en el uso de la telemedicina nos podemos encontrar con los tres escenarios siguientes:

1. Supuestos en los que el titular de la herramienta empleada en telemedicina no ostenta la condición de encargado del tratamiento y, por lo tanto, no actúa por cuenta del responsable del tratamiento ni bajo sus directrices

Ejemplo: un profesional o centro sanitario que incorpora la telemedicina para complementar o sustituir en algún caso las visitas presenciales y solo como canal de comunicación con los pacientes a los efectos de llevar a cabo la visita, facilitándola a distancia mediante plataformas de videoconferencia, *apps*, servicios de mensajería instantánea, teléfono o correo electrónico (Zoom, Microsoft Teams, Whatsapp, Telegram, etc.).

El proveedor de la herramienta empleada es el responsable de las medidas de seguridad a aplicar. Generalmente, solo facilita un canal de comunicación, sin ningún otro acceso a los datos personales y con unas determinadas condiciones de uso. No obstante, el responsable del tratamiento, que es el titular del centro sanitario, tiene la responsabilidad de elegir el canal de comunicación más adecuado y con mayores garantías para su actividad. Por ejemplo, debe comprobar que la plataforma no excluya expresamente su uso en el ámbito de la salud.

La pandemia de la COVID-19 ha hecho proliferar numerosas aplicaciones y *softwares*, utilizados tanto a nivel particular como profesional, en los que, en algunos casos, solo es necesaria una dirección de correo electrónico para su uso. Hay que tener en cuenta que no todos son adecuados para la telemedicina e ir con mucho cuidado al escoger uno, siempre con las garantías de la normativa vigente.

En este escenario, se plantean dos cuestiones:

A) ¿Es necesario informar nuevamente al paciente en relación con el tratamiento de sus datos personales (finalidad, legitimación, plazos, destinatarios, DPD, ejercicio de derechos...) al emplear la telemedicina?

Partiendo del hecho de que se ha producido una visita presencial previa con el paciente, se entiende que ya fue informado debidamente sobre el tratamiento de sus datos personales, con la constancia documental de este aspecto. Por lo tanto, no es necesario informarle sobre las nuevas operaciones que realicemos en relación con un tratamiento existente, excepto si, al introducir la telemedicina, se hubiera modificado la finalidad del tratamiento o alguna otra circunstancia inicial de este.

B) ¿Qué medidas de seguridad deberán aplicarse?

De conformidad con los requerimientos del RGPD y la LOPDGDD, las principales recomendaciones en cuanto a las medidas de seguridad que hay que tener en cuenta en este escenario son las siguientes:

- a) Elegir herramientas que incorporen métodos de encriptación de la información punto a punto para garantizar la seguridad y la confidencialidad, preferiblemente tecnologías TLS (Transport Layer Security).
- b) Evitar servicios de mensajerías instantáneas -tipo Whatsapp o Telegram- para los mensajes con datos de salud que, aun utilizando métodos de encriptación, no ofrezcan las garantías requeridas por la normativa vigente.
- c) Elegir proveedores que nos puedan garantizar y demostrar que sus herramientas cumplen la normativa en materia de protección de datos, con auditorías o certificaciones de cumplimiento de las normas ISO, en la medida en que son responsables del tratamiento de los datos personales en el servicio que prestan.
- d) Elegir herramientas que estén diseñadas y recomendadas para su uso en el ámbito sanitario y que pueda acreditarse. Algunos servicios de mensajería instantánea o de videoconferencia, por ejemplo, alertan expresamente del riesgo de su aplicación en el ámbito de la salud o la telemedicina.
- e) En el caso de utilizar el correo electrónico con los pacientes, se encriptará la información que pueda contener datos de salud con el fin de evitar accesos indebidos.
- f) Contratar proveedores identificados y con los que se pueda contactar.
- g) Comprobar que la ubicación de los servidores se encuentra en espacios de la Unión Europea (UE) y la identificación de los proveedores.
- h) Evitar el uso de soportes particulares, como móviles, tabletas, portátiles, etc., teniendo en cuenta las consecuencias que pudieran derivarse de ello en caso de pérdida de información o sustracción del aparato, así como el posible acceso accidental a estos dispositivos en el ámbito familiar.

2. Supuestos en los que el titular de la herramienta empleada en telemedicina ostenta la condición de encargado del tratamiento y, por lo tanto, tiene acceso a los datos personales de los pacientes por cuenta del responsable del tratamiento y bajo sus directrices.

Este escenario, de manera general, puede incluir las situaciones siguientes:

1. Contratación de un proveedor a los efectos de confeccionar un software a medida para la telemedicina y para su implantación.
2. Compra de la licencia de un *software* en el ámbito de la telemedicina que permita su personalización o que, en algún caso, el propio proveedor realice algunas adecuaciones del mismo.

En algunos supuestos, el *software* contratado también puede incorporar otros servicios, como la gestión de las agendas, de la historia clínica y de la documentación clínica; la gestión administrativa o el cobro de las visitas. Aun así, este cuaderno solo tiene por objetivo abordar los aspectos propios de la telemedicina.

En todos los supuestos, se debe confeccionar el correspondiente contrato de encargado del tratamiento, tal y como se ha comentado. Es fundamental elegir al encargado que nos ofrezca mayores garantías.

Estas son algunas cuestiones que se pueden plantear:

A) ¿Qué información deberá suministrarse al paciente o al profesional que se den de alta en la plataforma?

Debe informarse siempre a las personas interesadas (pacientes o profesionales que se den de alta en la plataforma) de manera previa sobre el tratamiento que se hará de sus datos personales (finalidad, legitimación, plazos, destinatarios, DPD, ejercicio de derechos, etc.), de conformidad con lo previsto en los artículos 13 y 14 del RGPD. La plataforma debe contar con los mecanismos oportunos que permitan acreditar que han sido informadas debidamente. La información se adecuará a la finalidad de cada tratamiento, salvo si la persona ya ha sido informada anteriormente sobre el tratamiento de sus datos personales.

Asimismo, en el caso de que la base jurídica del tratamiento de datos personales sea el consentimiento, el *software* debe habilitar mecanismos para que pueda acreditarse que el paciente ha dado de manera expresa su consentimiento para el tratamiento.

Los mecanismos para poder acreditar que se ha informado debidamente al paciente y para obtener su consentimiento y acreditación, si fuese el caso, pueden ser:

- Casillas de verificación para marcar vía web o *apps*.
- Locuciones grabadas si es a través del teléfono.
- Correos electrónicos con declaraciones por escrito de las que pueda acreditarse su envío o recepción.
- Grabación de videoconferencias.

El silencio, la inacción o las casillas premarcadas no acreditarán que el paciente haya dado su consentimiento.

Si se trata de webs o *apps*, deberán incluir, además del correspondiente aviso legal, la política de protección de datos que corresponda para advertir, en su caso, del uso de las *cookies* utilizadas.

En ocasiones, la información que suministra el proveedor del *software* a los usuarios, como responsable del tratamiento de datos personales (por ejemplo al entrar en sus webs o *apps*, cuando no se trata de herramientas personalizadas) puede dar lugar a confusión, en el sentido de haber informado a los interesados sobre el tratamiento de sus datos personales por parte del titular de la actividad sanitaria. Además de la información que pueda proporcionar el proveedor, se estudiará en cada caso si también es necesario informar sobre el tratamiento por parte del titular de la actividad sanitaria, si no se ha hecho previamente.

B) ¿Qué medidas de seguridad deben aplicarse?

Las principales recomendaciones en cuanto a las medidas de seguridad que hay que tener en cuenta en este escenario son las siguientes:

- a) Establecer medios de identificación y autenticación del paciente, así como de identificación del profesional sanitario con su número de colegiación, a los efectos de poder comprobar su habilitación para el ejercicio profesional, si fuese el caso, y en función del servicio prestado.

En la atención telefónica, se establecerán protocolos de identificación inequívoca de los usuarios, como, por ejemplo, solicitar información a la persona interesada que pueda compararse con la ya existente, evitando incorporar preguntas con respuestas de “sí” o “no”.

- b) Comprobar que se establecen mecanismos para el ejercicio de los derechos de los pacientes e informarles de los datos de contacto del DPD, si lo hay, estableciendo circuitos y/o protocolos en este sentido.
- c) Utilizar métodos de encriptación de la información punto a punto para garantizar la seguridad y la confidencialidad, preferiblemente tecnologías TLS (Transport Layer Security) y, en la medida de lo posible, incluir mecanismos de autenticación por certificado digital.
- d) Implantar medidas para garantizar la disponibilidad de los datos. Se contará con copias de seguridad que permitan garantizar la recuperación de los datos en caso de pérdida de la información o de no disponibilidad del sistema.
- e) Establecer sistemas que permitan restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida en caso de incidente físico o técnico, para que no se vea afectada nuestra actividad, mediante acuerdos de nivel de servicio que lo garanticen y que minimicen el impacto en el servicio con el establecimiento de tiempos de respuesta máximos y de resolución de las incidencias técnicas o restablecimiento del sistema.
- f) Determinar medidas para garantizar la trazabilidad de los datos y los accesos a la gestión de la historia clínica si la herramienta lo contempla. Si es posible, que la herramienta permita que el sistema pueda integrar el acto no presencial directamente en la historia clínica y mantener un registro de cambios y/o accesos en el que conste el profesional, la fecha y la hora, custodiando estos accesos durante un plazo prudencial (por ejemplo, como mínimo, tres años).
- g) Ubicar los servidores en espacios de la UE y de proveedores identificados. Debe comprobarse su ubicación, ya que podrían realizarse transferencias internacionales de datos personales de las que sería necesario informar y que deberían ser gestionadas debidamente.
- h) Establecer la recuperación o el retorno de la información a la que haya tenido acceso el proveedor en caso de finalización del servicio o de rescisión por parte del contratante.

Debería incluirse aquí la recuperación de los datos personales, en el caso de que hubiesen sido tratados por el encargado del tratamiento, en un formato adecuado que nos permitiese continuar con nuestra actividad, especialmente si el *software* contempla la custodia de la historia clínica.

- i) Limitar el acceso por parte del personal de la compañía proveedora (por ejemplo, en caso de prestar soporte técnico al cliente) al que sea estrictamente necesario. Se debe restringir el acceso a los datos de salud y que, en todo momento, quede una trazabilidad de los accesos a los mismos.
- j) Prestar atención a las cadenas de subcontratación y definir las en el contrato de encargado del tratamiento.
- k) Comprobar, previamente a la contratación, las credenciales de los proveedores solicitando certificaciones de seguridad o la última auditoría en materia de protección de datos. Además, el responsable del tratamiento de datos personales también puede realizar auditorías.
- l) Establecer los protocolos en relación con las violaciones de seguridad tanto en cuanto al personal de la propia empresa como a los encargados del tratamiento, a los efectos de poder cumplir los

requerimientos legales acerca de los plazos de comunicación, de 72 horas desde el conocimiento de la violación, a las autoridades competentes, si es preciso.

3. Supuestos en los que el titular de la actividad sanitaria, como responsable del tratamiento, confecciona él mismo la herramienta de telemedicina o lo hace con informáticos de su propia empresa.

En este escenario, el titular del centro, al incorporar la herramienta de telemedicina, aunque ya cumpla la normativa de protección de datos, debe velar igualmente por garantizar las medidas de seguridad de esta nueva herramienta, de conformidad con la normativa de protección de datos vigente.

Las principales cuestiones que se pueden plantear son:

A) ¿Es necesario informar nuevamente al paciente en relación con el tratamiento de sus datos personales (finalidad, legitimación, plazos, destinatarios, DPD, ejercicio de derechos, etc.) al emplear la telemedicina?

Tal y como se ha indicado en el primer escenario, se entiende que el paciente ya fue informado debidamente y, por lo tanto, no será necesario informarle sobre las nuevas operaciones que realicemos en relación con un tratamiento existente, excepto si, al introducir la telemedicina, se hubiera modificado la finalidad del tratamiento o alguna otra circunstancia inicial de este.

B) ¿Qué medidas de seguridad deberán aplicarse?

Las recomendaciones en cuanto a las medidas de seguridad que deben tenerse en cuenta con respecto a la herramienta de telemedicina elegida son las mismas que en el punto anterior.

El responsable del tratamiento, dentro de la gestión de riesgos que contempla el RGPD, y en el momento de elegir una herramienta de telemedicina, debe analizar los riesgos de cada una de ellas y, con la ayuda de las recomendaciones aquí recogidas, elegir la que le ofrezca mayores garantías.

Junto con las recomendaciones anteriores y las medidas técnicas, de acuerdo con el principio de responsabilidad proactiva que rige el RGPD, podemos incluir otras medidas organizativas de carácter preventivo y control de los riesgos, entre las cuales destacamos las siguientes:

- Incorporar protocolos sobre la implementación de las nuevas herramientas, si no los había. En este sentido, sería interesante en temas tan importantes como el ejercicio de los derechos de los pacientes o las violaciones de seguridad. En el caso de las violaciones de seguridad, si el proveedor de la herramienta es el encargado del tratamiento, también debe ser incorporado a nuestro protocolo. Estos protocolos deben ser conocidos por todo el personal del centro.
- Actualizar la formación de los trabajadores del centro en las nuevas herramientas y sus utilidades, así como en las medidas técnicas y organizativas que deben aplicarse.

Las medidas de seguridad y las políticas adoptadas en el ámbito de la privacidad deben ser incorporadas al *compliance* o **cumplimiento normativo** a que están obligadas las entidades en todos los ámbitos. Se trata de mecanismos establecidos a los efectos de la prevención, la detección y la gestión de los riesgos que puedan surgir en su actividad y que garantizan su cumplimiento.

Bibliografía

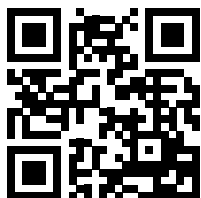
- Abbasi J. Wearable Digital Thermometer Improves Fever Detection. *JAMA*. 2017;318(6):510. doi:10.1001/jama.2017.10248
- American Telemedicine Association. ATA's quick-start guide to telehealth during a health crisis. 2020. https://cdn2.hubspot.net/hubfs/5096139/Files/Resources/ATA_QuickStart_Guide_to_Telehealth_4-10-20.pdf
- Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Medico-legal issues regarding from the COVID-19 pandemic. Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(8):344-346. doi:10.1016/j.medcli.2020.06.010
- Arimany-Manso J, Pujol RM, García-Patos V, Saigí U, Martín-Fumadó C. Medicolegal Aspects of Teledermatology. Aspectos médico-legales de la teledermatología. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020;111(10):815-821. doi:10.1016/j.ad.2020.08.008
- Armstrong KA, Coyte PC, Brown M, Beber B, Semple JL. Effect of Home Monitoring via Mobile App on the Number of In-Person Visits Following Ambulatory Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2017;152(7):622-627. doi:10.1001/jamasurg.2017.0111
- Aronson, E. Research in Social psychology as a Leap of Faith. *Personality and Soc. Psychol. Bull*. 1977; 3(2): 190-195. doi:10.1177/014616727700300206
- Asociación Salud Digital, Guía básica de recomendaciones para la teleconsulta. Asociación de salud digital. May, 2020. https://salud-digital.es/wp-content/uploads/2020/05/Guia_ASD_mayo2020.pdf
- Baños Expósito, D. Requisitos en la Infraestructura de Red para Servicios de Comunicación Entre Paciente y Centro Sanitario. [Thesis]. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid; 2013
- Bourbeau J, Farias R. Making sense of telemedicine in the management of COPD. *Eur Respir J*. 2018;51(5):1800851. Published 2018 May 30. doi:10.1183/13993003.00851-2018
- Breteler MJM MSc, Huizinga E, van Loon K, *et al*. Reliability of wireless monitoring using a wearable patch sensor in high-risk surgical patients at a step-down unit in the Netherlands: a clinical validation study. *BMJ Open*. 2018;8(2):e020162. Published 2018 Feb 27. doi:10.1136/bmjopen-2017-020162
- Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD004180. Published 2004 Oct 18. doi:10.1002/14651858.CD004180.pub2
- Calton BA, Rabow MW, Branagan L, *et al*. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care. *J Palliat Med*. 2019;22(8):981-985. doi:10.1089/jpm.2019.0278
- Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K; Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical Association. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J Gen Intern Med*. 2017;32(10):1136-1140. doi:10.1007/s11606-017-4082-2
- Ciemins EL, Arora A, Coombs NC, *et al*. Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. *Telemed J E Health*. 2018;24(3):222-228. doi:10.1089/tmj.2017.0028

- Col·legi de Metges de Barcelona. Nota de la Comissió de Deontologia sobre les dites derivacions virtuals a l'atenció especialitzada des dels equips d'atenció primària. May 2017. <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7/5/7571.PDF>
- Col·legi de Metges de Barcelona. Posició del CoMB sobre la consulta virtual i la comunicació electrònica en la relació metge-pacient. www.comb.cat
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. *Codi de Deontologia*. Barcelona: COMB; 2005. https://www.comb.cat/pdf/codi_deontologic.pdf
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Profesió 18. Les noves tecnologies en medicina. El correu electrònic. 2003. <https://issuu.com/comb/docs/professio18>
- De la Roza KJ, Munro HM. Improving communication from the operating room: A new mobile application to enhance the family experience. Case study. *NEJM Catalyst*. July 13, 2017. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0450>
- Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg BH, et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ Couns*. 2009;74(2):174-178. doi:10.1016/j.pec.2008.08.002
- Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet*. 2020;395(10227):859. doi:10.1016/S0140-6736(20)30424-4
- Everett E, Kane B, Yoo A, Dobs A, Mathioudakis N. A Novel Approach for Fully Automated, Personalized Health Coaching for Adults with Prediabetes: Pilot Clinical Trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(2):e72. Published 2018 Feb 27. doi:10.2196/jmir.9723
- Foster H, Moffat KR, Burns N, Gannon M, Macdonald S, O'Donnell CA. What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature. *BMJ Open*. 2020;10(1):e033481. Published 2020 Jan 19. doi:10.1136/bmjopen-2019-033481
- Generalitat de Catalunya, Pla Director de Sistemes d'Informació del SIS-CAT. 2017. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/pd_sistemes_informacio/pla_director_final_v27.pdf
- Halcox JPJ, Wareham K, Cardew A, et al. Assessment of Remote Heart Rhythm Sampling Using the AliveCor Heart Monitor to Screen for Atrial Fibrillation: The REHEARSE-AF Study. *Circulation*. 2017;136(19):1784-1794. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030583
- Hall T, Lie DYC, Nguyen TQ, et al. Non-Contact Sensor for Long-Term Continuous Vital Signs Monitoring: A Review on Intelligent Phased-Array Doppler Sensor Design. *Sensors (Basel)*. 2017;17(11):2632. Published 2017 Nov 15. doi:10.3390/s17112632
- Koehler F, Koehler K, Deckwart O, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet*. 2018;392(10152):1047-1057. doi:10.1016/S0140-6736(18)31880-4
- Laín Entralgo, P. La relación médico-enfermo. *Rev. de Occidente*. 1964. 473-489.
- Lee CH, Cheung B, Yi GH, Oh B, Oh YH. Mobile health, physical activity, and obesity: Subanalysis of a randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(38):e12309. doi:10.1097/MD.00000000000012309

- López Seguí F, Franch Parella J, Gironès García X, *et al.* A Cost-Minimization Analysis of a Medical Record-based, Store and Forward and Provider-to-provider Telemedicine Compared to Usual Care in Catalonia: More Agile and Efficient, Especially for Users. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(6):2008. Published 2020 Mar 18. doi:10.3390/ijerph17062008
- López Seguí F, Vidal-Alaball J, Sagarra Castro M, García-Altés A, García Cuyàs F. General Practitioners' Perceptions of Whether Teleconsultations Reduce the Number of Face-to-face Visits in the Catalan Public Primary Care System: Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(3):e14478. Published 2020 Mar 16. doi:10.2196/14478
- Low CA, Bovbjerg DH, Ahrendt S, *et al.* Fitbit step counts during inpatient recovery from cancer surgery as a predictor of readmission. *Ann Behav Med.* 2018;52(1):88-92. doi:10.1093/abm/kax022
- Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC; 2016. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Martín-Fumadó C, Vargas-Blasco C, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales y responsabilidad profesional médica de la telemedicina en urología [Medico-legal aspects and professional liability of telemedicine in urology.]. *Arch Esp Urol.* 2021;74(7):637-638.
- McKinstry B, Hammersley V, Burton C, *et al.* The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(4):298-303. doi:10.1136/qshc.2008.027763
- Monés J, Ortega D, Craven J, *et al.* Internet y la consulta virtual. *Ann Med* 2000;(83):228-230.
- Monteagudo Peña JL. Telemedicina y atención primaria [Telemedicine and primary care]. *Aten Primaria.* 2009;41(3):129-130. doi:10.1016/j.aprim.2008.11.001
- Muñoz E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. 2020.
- <https://amf-semfyc.com/web/article/2656>
- Newbould J, Abel G, Ball S, *et al.* Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *BMJ.* 2017;358:j4197. Published 2017 Sep 27. doi:10.1136/bmj.j4197
- O'Connor DM, Jew OS, Perman MJ, Castelo-Soccio LA, Winston FK, McMahon PJ. Diagnostic Accuracy of Pediatric Teledermatology Using Parent-Submitted Photographs: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2017;153(12):1243-1248. doi:10.1001/jamadermatol.2017.4280
- Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e18810. Published 2020 Apr 2. doi:10.2196/18810
- Orchard P, Agakova A, Pinnock H, *et al.* Improving Prediction of Risk of Hospital Admission in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Application of Machine Learning to Telemonitoring Data. *J Med Internet Res.* 2018;20(9):e263. Published 2018 Sep 21. doi:10.2196/jmir.9227
- Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract.* 2001;18(2):156-160. doi:10.1093/fampra/18.2.156
- Pérez Sust P, Solans O, Fajardo JC, *et al.* Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Out-

break. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e19106. Published 2020 May 4. doi:10.2196/19106

- Reed ME, Huang J, Parikh R, *et al.* Patient-Provider Video Telemedicine Integrated With Clinical Care: Patient Experiences. *Ann Intern Med.* 2019;171(3):222-224. doi:10.7326/M18-3081
- Reed ME, Parikh R, Huang J, Ballard DW, Barr I, Wargon C. Real-Time Patient-Provider Video Telemedicine Integrated with Clinical Care. *N Engl J Med.* 2018;379(15):1478-1479. doi:10.1056/NEJMc1805746
- Rimmer A. How can I break bad news remotely?. *BMJ.* 2020;369:m1876. Published 2020 May 12. doi:10.1136/bmj.m1876
- Schwamm LH, Chumbler N, Brown E, *et al.* Recommendations for the Implementation of Telehealth in Cardiovascular and Stroke Care: A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2017;135(7):e24-e44. doi:10.1161/CIR.0000000000000475
- Shipman C, Payne F, Dale J, Jessopp L. Patient-perceived benefits of and barriers to using out-of-hours primary care centres. *Fam Pract.* 2001;18(2):149-155. doi:10.1093/fampra/18.2.149
- Tan SJ, Ingram PR, Rothnie AJ, *et al.* Successful outpatient parenteral antibiotic therapy delivery via telemedicine. *J Antimicrob Chemother.* 2017;72(10):2898-2901. doi:10.1093/jac/dkx203
- Tison GH, Sanchez JM, Ballinger B, *et al.* Passive Detection of Atrial Fibrillation Using a Commercially Available Smartwatch. *JAMA Cardiol.* 2018;3(5):409-416. doi:10.1001/jamacardio.2018.0136
- Totten AM, Womack DM, Eden KB, *et al.* *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); June 2016.
- Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *N Engl J Med.* 2017;377(16):1585-1592. doi:10.1056/NEJMs1503323
- van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ.* 2018;360:k1047. Published 2018 Mar 29. doi:10.1136/bmj.k1047
- Vaona A, Pappas Y, Grewal RS, Ajaz M, Majeed A, Car J. Training interventions for improving telephone consultation skills in clinicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1):CD010034. Published 2017 Jan 5. doi:10.1002/14651858.CD010034.pub2
- Vidal-Alaball J, López Seguí F, Garcia Domingo JL, *et al.* Primary Care Professionals' Acceptance of Medical Record-Based, Store and Forward Provider-to-Provider Telemedicine in Catalonia: Results of a Web-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4092. Published 2020 Jun 8. doi:10.3390/ijerph17114092
- Wootton AR, McCuistian C, Legnitto Packard DA, Gruber VA, Saberi P. Overcoming Technological Challenges: Lessons Learned from a Telehealth Counseling Study. *Telemed J E Health.* 2020;26(10):1278-1283. doi:10.1089/tmj.2019.0191
- World Medical Association. WMA statement on the ethics of telemedicine adopted by the 58th WMA General Assembly, Copenhagen, Denmark, October 2007 and amended by the 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018. October 2018. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>



El Institut de Formació Mèdica i Lideratge (IFMiL) ofereix formació en el àmbit de la salut digital a los professionals mèdicos para dotarles de competencias y habilidades que les permitan incorporar herramientas digitales en su actividad asistencial.

Toda la oferta actualizada de cursos en el àmbit de la salud digital y la telemedicina se puede consultar en www.ifmil.com

Q37

Cuadernos de la Buena Praxis
noviembre de 2021

 Col·legi de Metges
de Barcelona

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona
www.comb.cat